

介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書

広域連合受付

揖斐広域連合長 様

次のとおり申請します。

(注)申請者氏名及び本人との関係は家族申請の場合に記入

申請年月日 平成 年 月 日

申請者氏名			本人との関係			
提出代行者 名称	※該当に○(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・他)					
住所	〒 -		電話番号()	-		
被 保 険 者	被保険者番号			個人番号		
	フリガナ			生年月日	性別	
	氏名			明・大・昭 年 月 日	男・女	
	住所	〒 -		電話番号()	-	
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2		
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設入所 <input type="checkbox"/> 短期入所・医療機関入院等 入所・入院先の施設名()				
※ <input type="checkbox"/> に✓をつけて 下さい	調査希望場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他(入所・入院施設名)				
	調査同席者	(本人との関係)		電話番号()	-	
主 治 医	医療機関名			医師名		
	直近の受診日	平成 年 月 日		診療科目	科	
	所在地	〒 -		電話番号()	-	

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者番号			医療保険被保険者証 記号番号	-	
医療保険者名					
特定疾病名					

情 報 提 供 同 意 署 名 欄	介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかわる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、揖斐広域連合から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。 (本人が署名できないため、署名に代行する場合には、署名代行者の氏名をあわせてご記入ください。)				
	本人署名	署名代筆者氏名		(本人との関係)	

※窓口記入

申請区分	新規・更新・転入	資格者証	発行済・未発行
被保険者証	有・無	保険料	

窓口受付